

Distress and "problematic pregnancies" : prevalence and factors associated with depressive morbidity in women visiting perinatal primary health care settings of Dar es Salaam, Tanzania

Citation for published version (APA):

Kaaya, S. F. (2010). *Distress and "problematic pregnancies" : prevalence and factors associated with depressive morbidity in women visiting perinatal primary health care settings of Dar es Salaam, Tanzania*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20100226sk>

Document status and date:

Published: 01/01/2010

DOI:

[10.26481/dis.20100226sk](https://doi.org/10.26481/dis.20100226sk)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 05 May. 2023

The focus of this thesis is depressive morbidity in low-income perinatal populations in Tanzania. Prevalence of perinatal depression is high and has been associated with functional impairments in affected women, adverse birth outcomes and short and longer term effects on a child's development. Being able to identify early symptoms of depression and availability of adequate instruments for the early diagnosis of depressive symptoms may inform the development of effective interventions for depression. Effective interventions for early recognition and treatment of perinatal depression could improve both perinatal women's quality of life, and their abilities to undertake self care health actions for themselves and their infants. The three core research questions posed by the thesis were (1) what idioms of distress are emphasized in recollections of women with prior experience of depressed mood (for at least two weeks) during pregnancy and do the derived expressions of distress have similarities to core features of a biomedical depressive syndrome? (2) What socio-demographic, economic and partner relationship factors are associated with significant depressive symptoms in HIV status naive pregnant women attending public primary health care facilities in Dar es Salaam? And (3) what effect does significant depressive symptoms, have on clinical indicators of progression of HIV disease and all cause mortality in women living with HIV and AIDS recruited from antenatal clinic settings in Dar es Salaam? The answers to these questions are intended to inform strengthening of psychosocial supports in the perinatal health care settings of Dar es Salaam specifically and Tanzania in general.

Chapter 1 provides a general introduction to the context in which the studies are conducted, by firstly providing an overview of mental health care resources in Tanzania, making the case for the need to transfer mental health care skills to non-mental health care professionals working at primary health care levels. Secondly a review of the magnitude of depressive disorder, showed a high variability in rates from studies in primary care settings of SSA (7.4% to 30.0%), with rates being 1.5 to 3 times higher in women. A review of epidemiological studies of perinatal depression emphasizes the reported high rates of postnatal depression, with rates during pregnancy shown to be as high or higher. Antenatal depression was a rather consistent predictor of postnatal depression suggesting a continuum of morbidity. In addition to individual constitutional factors, other reported risk factors for antenatal depression included low social support, history of abuse, socio-environmental adversity and anxiety. Fewer studies have explored the magnitude and risk factors of perinatal depression in low-income countries, and none in Tanzania. However, qualitative studies in such contexts show more somatised presentations of depression in perinatal populations, and challenges to cross cultural measurement of perinatal depression are briefly discussed.

Chapter 2 describes a formative cross-sectional study that used unstructured interviews to explore women's experiences and expressions of distress during pregnancy. Key informants were identified based on having experienced during pregnancy, symptoms of depression similar to those that were described in a case vignette presented to traditional practitioners that had provided them with care. The findings showed socio-cultural institutions related to menarche and marriage, shaped women's understandings of causes of psychological distress during pregnancy. A "problematic pregnancy" construct was used by informants to frame both physical and psychological health concerns that were perceived to be inter-related. Though a single term that entirely captured described experiences with psychological distress did not emerge, *kusononeka* (conceptually translates to sadness as if grieved with slowness in undertaking actions/activities), was term consistently used to describe persistent sadness across more than one perceived cause of ill health during pregnancy. This experience was consistently reported with two somatic core features of major depression, loss of energy and fatigue, and a distinctive cultural idiom, "thinking too much". Other somatised presentations of distress including autonomic features of anxiety such as palpitations and sweating and pain symptoms such as headache, was common. Impairments in interpersonal interactions were often associated with prolonged sadness during pregnancy. In concluding a construct with similarities to biomedical criteria for major depression emerged from the narrative data. Somatised expressions of distress predominated and distinctive expressions and related functional impairments were identified that could inform adaption of depression screening tools.

Chapter 3 presents the analyses of a cross-sectional study of periurban antenatal clinic attendees that determined psychometric properties of the HSCL-25 and conducted pooled analysis of ethnographically derived local idioms of distress to explore the latter's utility in informing development of a culturally sensitive depression screening instrument. The chapter presents a hypothesis that instruments that include local idioms of distress may elucidate culturally sensitive expressions of depressive morbidity, not readily identified by standard instruments developed in a different cultural context. The results showed the HSCL-25 items were internally consistent statistically and over time, with adequate inter-rater reliability, convergent and discriminant validity. Logistic regression analysis was conducted using 30 local idioms pooled with 17 conceptually dissimilar HSCL-25 items. A 1.05 cut-off score on the pooled items scale serving as the dependent variable, effectively divided participants into relatively equal numbers with higher and lower scores. The results showed a 19 item scale predicted 97.3% of this classification. Correlation analysis of this Dar es Salaam Symptom Checklist (DSQ) showed that items were relatively independent (ρ -0.01 to 0.52), with adequate item to scale correlations ranging from 0.29 to 0.76 and other reliability statistics were similar to those derived with the HSCL-25. A core feature of major depression,

experiencing sadness, was not a DSQ item. However, nine DSQ items endorsed by 10% or more participants included two core somatic features of depression, fatigue and low energy; and the experience of “needing to force oneself to do things” suggesting anhedonia. The remaining items were somatised expressions of distress including symptoms of pain and autonomic features of anxiety (cranial, cardiac and gastrointestinal). Most DSQ items converged well in factor analysis on a single factor. Further analysis showing five inter-related dimensions that each explained relatively similar variances in scale scores; including social withdrawal (12.6% variance), panic and confusion (11.9% variance), somatic symptoms (10.8% variance), anxiety symptoms (10.3% variance) and fatigue (9.4% variance). Using an arbitrarily defined cut-off of 1.4 to define symptom severity, the DSQ had higher proportions (15%) with scores above 1.4 than the HSCL-25 (10.8%). This may suggest DSQ items were more sensitive to symptom severity assessments. In concluding this chapter provides further evidence that understanding local idioms of distress may be useful in guiding conceptually meaningful adaptations of standardized depression screening tools.

Chapter 4 presents a validation and calibration study of the HSCL – 25. Pregnant participants screening positive for HIV were recruited to a two-phased validation study of the Kiswahili version of the HSCL-25 that was adapted using an independent back translation approach supported by translator discussion panels. During the first phase, the HSCL-25, and other measures were administered. During the second phase, the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-Non Patient version) was independently administered to a stratified random sample of an equal number of participants with high and low HSCL-25 scores using the literature recommended cut-off score of 1.75. Findings showed 11 of 99 participants with completed SCID measures met DSM-IV criteria for major depression. Determination of HSCL-25 criterion validity showed eight HSCL-25 items, two that were from the anxiety sub-scale, distinguished depressed from non depressed participants at a much lower level(1.06) than the recommended cut-off score but with a higher specificity (85%) than the total scale (cut-off score 1.06, specificity 80%) or its 15-item depression subscale (cut-off score 1.03; specificity 79%). All three scale versions, showed similar sensitivity (89%). In concluding the chapter notes that though the revised HSCL scale supported prior observations of a tendency to emphasize some symptoms of anxiety in pregnant women’s expression of depressive morbidity, none of the subscales were good at assessing depression severity. The need for further studies to establish items that can improve depression severity assessment in Tanzanian perinatal women is discussed.

Chapter 5 addresses determination of the prevalence of depressive morbidity and selected socio-demographic and partner relationship factors associated with depression in second to third trimester pregnant women attending periurban primary health care facilities. Depression, socio-

economic, and selected physical and psychological health measures were assessed at recruitment. To minimize the effects of depressive morbidity at recruitment on participant's responses, the quality of partner relationships and social support over the past 12 months was assessed at a follow-up interview 4-6 months later. Completed prenatal assessments available for 76% of 787 women, showed a 39.5% prevalence of significant depressive symptomatology. As has been shown by other studies, multivariate analysis adjusted for socio-demographic risk factors, showed previous depressive episodes, moderate satisfaction with ability to access basic needs, conflicts with the current partner and early booking for antenatal care were independently associated with antenatal depression. The minimal wealth differentials in the sample are put forwards as a possible reasons for the lack of association between depression and objective measures of household wealth status. Somatised presentations of distress may account for associations between early booking for antenatal care and depression, providing both a depressive morbidity recognition challenge and opportunity for intervening. Despite methodological limitations, the chapter concludes that interventions for early recognition of depression should target women with history of previous depressive episodes or low satisfaction with ability to access basic needs, conflict in partner relationships and relatively earlier booking for antenatal care. The integration of screening for depression in routine antenatal care is recommended.

Chapter 6 addresses the impact of perinatal depression in a setting of high prevalence of HIV disease. The study summarizes findings of a psychosocial sub-study of a trial that examined in 996 HIV-positive Tanzanian women, micronutrients and pregnancy outcomes, vertical transmission and disease progression. Depression and social support were measured two months after HIV screening and every six months for five years of the eight year follow-up period and 12 monthly thereafter. Depression as an independent predictor was allowed to vary over time intervals during the analyses and only measures during pregnancy and more than 12 months post-delivery were included in the analysis to remove the effects of postnatal depression. The effect of depression on progression to WHO HIV clinical stages III and IV and all cause mortality throughout a 6-8 year follow-up period was estimated. Participation in group or individual counselling as well as perceived social support at baseline was also examined. As has been found by other studies amongst HIV positive women in ambulatory clinical settings, more than half (57%) of the study sample had significant depressive morbidity on at least one assessment during the follow-up period. Controlling for socio-demographic variables, psychosocial support, and clinical condition at enrolment, depression was associated with a 61% [HR=1.61, 95% CI: 1.28, 2.03] increased risk of progression to HIV clinical stage III/IV and an almost three [HR=2.65, 95% CI: 1.89, 3.71] time increased risk of mortality. In concluding the study shows depression is common among HIV-infected Tanzanian women and increases the risk of

disease progression. The chapter concludes on the need to screen for depression both at the time of HIV diagnosis and as part of ongoing clinical assessments and interventions during comprehensive HIV and AIDS care.

Chapter 7 encompasses a general discussion of the whole thesis. First, it discusses the major findings in relation to the research questions leading to a number of general conclusions. Firstly, that experience of prolonged sadness during pregnancy can be elicited on inquiry, despite not being spontaneously reported. Despite an emphasis on somatic presentations of distress, on systematic inquiry these symptoms were not associated with common pregnancy related physical health problems such as malaria and anaemia, suggesting their utility in recognizing depression in spite of the potential for overlap with physical health concerns. When somatic anxiety and depression is considered with unique expressions of distress and questioning regarding experiences of prolonged sadness, a biomedical depressive syndrome was recognizable in women's idioms of distress. Secondly the findings showed prevalence of depressive morbidity during late pregnancy was high in antenatal clinic attendees at primary health care levels, and when women were positive for HIV infection, more than half experienced an episode of depression at least once over a median follow-up duration of 6 years. Previous depressive episodes were the strongest predictor of depressive morbidity during pregnancy with other independent risk factors including low satisfaction with financial ability to access basic needs, conflicts with a current intimate partner and earlier booking for antenatal care. Finally, the studies show that experiencing a depressive episode when HIV positive, was associated with a more rapid clinical progression of HIV disease and a higher risk of all cause mortality. The chapter further elaborates on methodological problems including the potential for recall bias when utilizing a five year recall period to elicit key informant's experiences of distress during pregnancy. Participant difficulty in verbally expressing intensity of emotional concerns with provided Likert scales or more generally in self-evaluations of symptom severity was notable for particularly items on the HSCL-25. The scope of the studies only allowed speculation on the possible reasons; including use of Likert scales in a research naïve population and extent to which items were true to culture specific forms of symptom severity expressions. The reported findings related to local adaptation of depression screening instruments can at best be viewed as a preliminary step to a process that makes more evident areas for future inquiry. Recruitment of pregnant women in primary care settings had limitations in a setting where booking late for antenatal care is the norm, restricting the timing of depression assessments to mid and late pregnancy. Challenges in determination of causal links from cross-sectional analyses are discussed. Finally, the absence of random assignment of participants to clinic based psychosocial interventions is discussed as this limited systematic determination of their buffering effects on the relationships between depressive

morbidity and HIV disease progression and vital status outcomes in HIV positive pregnant women followed up over time. The chapter concludes with service implications of the findings and recommendations for operations/intervention research, methodological research, and other studies.

Dit proefschrift is gericht op een analyse van de omvang en aard van depressie kort voor en na de geboorte van een kind in populaties met een laag inkomen in Tanzania. Depressie in de periode kort voor en na de geboorte komt veel voor en wordt in verband gebracht met functionele beperkingen, slechte uitkomsten van de bevalling en negatieve effecten voor de korte en lange termijn op de ontwikkeling van het kind. Het tijdig kunnen onderkennen en de beschikbaarheid van geschikte instrumenten om vroege symptomen van depressie te diagnosticeren zijn van belang voor de ontwikkeling van effectieve interventies voor depressie. Effectieve interventies voor vroege diagnose en behandeling van depressie rondom de bevalling kunnen bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van leven van deze vrouwen en kunnen hun vaardigheden verbeteren voor zelfzorg en gezondheidsgedrag gericht op henzelf en hun kinderen. De drie hoofdvragen die in dit proefschrift zijn gesteld waren (1) Welke uitdrukkingen van verdriet en pijn komen naar boven in de verhalen of herinneringen van vrouwen die eerder een depressieve gemoedstoestand (van ten minste 2 weken) hebben gehad, (2) Welke sociaal-demografische, en economische kenmerken en kenmerken van de relatie met de partner hangen samen met symptomen van depressie bij vrouwen die in verwachting zijn en die niet op de hoogte zijn van hun eigen HIV-status terwijl ze een 1^e lijnsinstelling voor openbare gezondheidszorg in Dar es Salaam bezoeken. En (3) wat is de invloed van belangrijke depressieve symptomen op klinische indicatoren voor de ontwikkeling van HIV- infectie en op het aantal sterfgevallen bij vrouwen die geïnfecteerd zijn met HIV en die gerekruteerd zijn bij zwangerschapsklinieken in Dar es Salaam. De antwoorden op deze vragen kunnen bijdragen aan interventies gericht op het versterken van psychosociale begeleiding door zwangerschapsinstelling in Tanzania in het algemeen en in Dar es Salaam in het bijzonder.

In hoofdstuk 1 wordt de context waarin de verschillende studies in dit proefschrift zijn beschreven, geïntroduceerd met eerst een overzicht van de mogelijkheden in Tanzania voor geestelijke gezondheidszorg, waarbij de overdracht van vaardigheden op het gebied van geestelijke gezondheidszorg naar professionals in de 1^e lijnszorg die zelf niet deskundig zijn in de geestelijke gezondheidszorg, wordt bepleit. Op de tweede plaats laat een overzicht van studies naar de omvang van depressie in landen beneden de Sahara een grote variabiliteit zien van depressie in diverse settings van gezondheidszorg in de eerste lijn (van 7,4% tot 30.0%) waarbij het vóórkomen van depressie bij vrouwen 1,5 tot 3 maal hoger ligt dan bij mannen. Een overzicht van algemeen epidemiologisch onderzoek naar depressie rondom de bevalling bevestigt het hoge percentage post-natale depressies, met even hoge of nog hogere percentages depressie tijdens de zwangerschap. Prenatale depressie bleek een tamelijk constante voorspellende factor te zijn voor post-natale depressie het geen wijst op een continuüm in morbiditeit. In aanvulling op persoonsgebonden

factoren zijn er andere risicofactoren, met name lage sociale steun, een geschiedenis van (seksueel)misbruik, tegenslagen in de sociale omgeving en angst. Weinig studies zijn verricht naar de omvang en risicofactoren voor depressie rondom de bevalling in lage lonen landen en geen enkele in Tanzania. Echter, kwalitatief onderzoek in dergelijke landen wijst op een vooral somatische presentaties van depressie bij populaties van vrouwen rondom de bevalling. Verder worden de problemen bij het meten van depressie rondom de bevalling in een cross-culturele context besproken.

In hoofdstuk 2 wordt een formatief cross-sectioneel onderzoek beschreven waarbij ongestructureerde interviews werden gehouden om de ervaringen van vrouwen en de expressies van distres tijdens de zwangerschap te inventariseren. Op grond van ervaren stress- symptomen tijdens de zwangerschap werden sleutelinformanten geïdentificeerd. Daarbij ging het om symptomen zoals die worden beschreven in 'case-vignette' onderzoek. De resultaten lieten zien dat sociale instituties die gerelateerd zijn aan de eerste menstruatie en het huwelijk van invloed waren op het begrip van vrouwen van de oorzaken van psychische stress tijdens de zwangerschap. Het concept van "een problematische zwangerschap" werd door informanten gebruikt om fysieke en psychische problemen, die werden ervaren als onderling samenhangend, te begrijpen. Hoewel niet een enkele uitdrukking of term werd gevonden die het geheel van beschreven ervaringen van psychische stress omvatte, werd de term *kusononeka* consistent gebruikt om aanhoudende neerslachtigheid bij verschillende ervaren oorzaken van ziekte tijdens de zwangerschap te benoemen. Deze ervaring werd consistent genoemd in samenhang met twee centrale kenmerken van een klinische depressie te weten moeheid en futloosheid en het cultureel specifieke begrip van "teveel nadenken" (piekeren). Andere veel voorkomende presentaties van stress betroffen gesomatiseerde kenmerken van angst en pijn (bijvoorbeeld hartkloppingen, zweten). Problemen in inter-persoonlijke relaties werden vaak in verband gebracht met aanhoudende neerslachtigheid tijdens de zwangerschap. We kunnen concluderen dat uit de verhalen van de vrouwen een construct naar voren komt dat overeenkomst vertoont met de biomedische criteria voor een klinische depressiviteit. Vooral gesomatiseerde uitdrukkingen van stress werden genoemd en opvallende kenmerken van een depressie met daaraan gerelateerde problemen werden geïdentificeerd die gebruikt kunnen worden bij de aanpassing van screeningsinstrumenten voor depressie.

In hoofdstuk 3 wordt de analyse beschreven van een cross-sectioneel onderzoek onder bezoekers van een ziekenhuis waarbij de psychometrische kenmerken van de HSCL-25 werden bepaald. Verder werd een geïntegreerde analyse uitgevoerd op data verkregen met een instrument dat werd samengesteld uit items van de HSCL-25 aangevuld met items verkregen uit een etnografisch onderzoek naar uitdrukkingen van stress, met als doel te komen tot een cultureel sensitief

sceeningsinstrument voor depressie. In dit hoofdstuk wordt de hypothese geformuleerd dat instrumenten die gebruik maken van lokale terminologie om stress uit te drukken, kunnen helpen bij het verhelderen van cultureel sensitieve uitdrukkingen van depressieve problemen. Deze kunnen normaal niet geïdentificeerd kunnen worden met behulp van gestandaardiseerde instrumenten die ontwikkeld zijn in een andere culturele context. De resultaten lieten zien dat de HSCL-25 items intern consistent waren en consistent waren met het verloop van de tijd en verder dat er sprake was van een voldoende inter-beoordelaar betrouwbaarheid, convergerende validiteit en discriminerende validiteit. Na dichotomisering van de HSCL-25 scores (cut-off point 1.05) in twee ongeveer gelijke groepen met een hogere en een lagere HSCL-scores, werd een logistische regressie analyse toegepast met 30 lokale stress items en 17 conceptueel verschillende items van de HSCL-25 als indicatoren (voorspellers). Dit resulteerde in een schaal van 19 items die 97.3% van de variantie in de klassificatie voorspelde. Een correlatieanalyse van deze Dar es Salaam Symptom Checklist (DSQ) liet zien dat de items relatief onafhankelijk waren (ρ -0.01 tot 0.52) met adequate item-totaalcorrelaties van 0.29 tot 0.76. Andere betrouwbaarheidsmaten waren vergelijkbaar met de betrouwbaarheidsmaten die over het algemeen worden verkregen met de HSCL-25. Een centraal kenmerk van een klinische depressie, bedroefd zijn, was geen item in de DSQ. Echter, onder de negen items van de DSQ die werden gescoord door 10% of meer van de participanten waren twee items die een centraal kenmerk vormen van een depressie, moeheid en futloosheid, evenals de ervaring van “zichzelf moeten dwingen om dingen te doen”, hetgeen een aanwijzing is voor anhedonia (het niet meer kunnen genieten van normale dingen van het leven). De rest van de items betroffen gesomatiseerde uitdrukkingen van stress waaronder pijn en autonome kenmerken van angst (hoofdpijn, hartkloppingen en maag- en darmverstoringen). De meeste DSQ-items vormen één factor in een factoranalyse. Verdere analyse laat vijf onderling gerelateerde sub-dimensies zien die ieder ongeveer evenveel van de variatie in de totaalscore bepalen te weten zich sociaal terugtrekken (12.6% variantie), verwarring en paniek (11.9% variantie), somatische symptomen (10.8% variantie), angst symptomen (10.3% variantie) en moeheid (9.4% variantie). Bij toepassing van een willekeurig splitsing in twee groepen bij een gemiddelde schaalscore van 1.4 om de sterkte van stress symptomen te bepalen laat de DSQ een hoger percentage zien (15%) met scores boven de 1.4 dan de HSCL-25 (10.8%). Dit kan er op wijzen dat de DSQ items sensitiever zijn bij het meten van de ernst van symptomen. Samenvattend kan gezegd worden dat dit hoofdstuk een verdere onderbouwing geeft voor de veronderstelling dat het begrijpen van lokale concepten voor stress nuttig kan zijn voor de conceptueel betekenisvolle aanpassingen van gestandaardiseerde instrumenten voor het meten van depressie.

In hoofdstuk 4 wordt een onderzoek beschreven waarin de HSCL-25 werd gevalideerd en afgestemd

voor toepassing in het Kiswahili. Vrouwen die in verwachting waren en die HIV-positief waren, werden gerekruteerd voor een 2-fase valideringsonderzoek van de Kiswahili versie van de HSCL-25, die werd aangepast waarbij gebruik werd gemaakt van een onafhankelijke terugvertaalprocedure, ondersteund door discussie panels van vertalers. In de eerste fase werden de HSCL-25 en andere meetinstrumenten afgenomen. In de tweede fase vond een onafhankelijke toepassing plaats van een gestructureerd klinisch interview voor de DSM-IV (SCID-Non Patient version) bij een gestratificeerd random sample van gelijke aantallen van vrouwen met een hoge en een lage score op de HSCL-25 (met een onderscheiding tussen hoger en lager bij een score van 1.75). De resultaten lieten zien dat 11 van de 99 participanten voor wie SCID scores beschikbaar waren, volgens de DSM-IV geclassificeerd werden als klinisch depressief. Bepaling van de criterium validiteit van de HSCL-25 liet zien dat acht HSCL-items, waarvan twee in de subschaal voor angst, de depressieve van de niet-depressieve participanten onderscheidde op een veel lager score-niveau (1.06) dan het in de literatuur aanbevolen niveau maar met een hogere specificiteit (85%) dan de HSCL totaal score (cut-off score 1.06; specificiteit 80%) of de 15-items depressie subschaal (cut-off score 1.03; specificiteit 79%). Alle drie versies van de schaal vertoonden een vergelijkbare sensitiviteit. (89%). Samenvattend kan worden geconcludeerd dat het onderzoek laat zien dat, hoewel de gereviseerde HSCL schaal voorgaande observaties ondersteunt dat er sprake is van een belangrijke rol van symptomen van angst in de uitingen van depressieve problemen van de vrouwen die in verwachting zijn, geen van de subschalen zeer goed was in het meten van de ernst van depressie. De behoefte aan verder onderzoek naar items die het meten van de ernst van depressie bij Tanzaniaanse vrouwen rondom de bevalling kunnen verbeteren, wordt besproken.

In hoofdstuk 5 wordt onderzoek gerapporteerd naar de prevalentie van depressieve problemen en van de sociaaldemografische factoren en factoren van de relatie met de partner die samenhangen met depressieve problemen, onder vrouwen die in het tweede en derde trimester van hun zwangerschap zijn en die 1e lijnsgezondheidsinstellingen in stedelijke buitenwijken bezoeken. Depressie, sociaaleconomische kenmerken en geselecteerde fysieke en psychische gezondheidsindicatoren werden gemeten bij de rekrutering. Om bij de rekrutering de invloed van effecten van depressieve problemen op de antwoorden van participanten te minimaliseren, werden gegevens over de kwaliteit van de relatie met de partner en sociale steun gedurende de laatste 12 maanden gemeten tijdens een follow-up interview 4 tot 6 maand later. Prenatale metingen die beschikbaar waren voor 76% van de 787 vrouwen lieten zien dat 39.5% van de participanten belangrijke depressieve symptomen vertoonden. Zoals ook in eerder onderzoek is vastgesteld, bleek uit multivariate analyses, waarbij werd gecontroleerd voor sociaaldemografische risicofactoren, dat eerdere episodes van depressiviteit, matige tevredenheid met de mogelijkheden om in primaire

behoeften te voorzien, conflicten met de huidige partner en vroege inschrijving voor post-natale zorg, onafhankelijk geassocieerd bleken te zijn met post-natale depressie. De beperkte welstandsverschillen tussen de vrouwen in het onderzoek verklaren mogelijk waarom er geen relatie werd gevonden tussen depressie en objectieve indicatoren voor de economische levensstandaard. Gesomatiseerde presentaties van stress zijn mogelijk verantwoordelijk voor de associatie tussen vroegtijdig inschrijven voor postnatale zorg en depressie, waardoor mogelijkheden ontstaan voor het onderkennen van depressieve problemen en mogelijkheden voor interveniëren. Ondanks methodologische beperkingen kan geconcludeerd worden dat interventies voor de vroege opsporing van depressie zich zouden moeten richten op vrouwen met voorgaande depressieve periodes, vrouwen met een lage tevredenheid met de eigen mogelijkheden om in primaire behoeften te kunnen voorzien, zij die conflicten met hun partner hebben en zij die zich voortijdig aanmelden voor post-natale zorg. Er wordt aanbevolen om de screening voor depressie te integreren in de standaard voor post-natale zorg.

In hoofdstuk 6 wordt bestudeerd wat de invloed is depressie rondom de bevalling in een context met een hoge prevalentie van HIV-infecties. Het onderzoek beschrijft de resultaten van een psychologische deelstudie uit een trial waarin 996 HIV-positieve Tanzaniaanse vrouwen werden onderzocht op micronutriënten en zwangerschapsresultaten, verticale HIV transmissie en voortschrijding van de ziekte. Depressie en sociale steun werden twee maanden na de HIV-screening gemeten en iedere 6 tot 12 maanden daarna. Metingen van depressie tijdens de zwangerschap en meer dan 12 maanden na de bevalling, werden meegenomen in de analyses om effecten van postnatale depressie uit te sluiten. De invloed van variabiliteit van depressie over de tijd op de voortschrijding van de WHO HIV klinische fases III en IV en op de mortaliteit (alle oorzaken) over een follow-up periode van 6-8 jaar, werd berekend. De participatie in groeps counseling en individuele counseling evenals ervaren sociale steun bij de eerste meting werden ook bestudeerd. Zoals ook in andere studies onder HIV-positieve vrouwen die ambulante gezondheidsinstellingen bezoeken, bleek meer dan de helft (57%) van de participanten in het onderzoek belangrijke depressieve problemen te ervaren bij tenminste één van de meetmomenten tijdens de follow-up periode. Wanneer gecontroleerd wordt voor sociaal-demografische variabelen, sociale steun en gezondheidstoestand bij de aanvang van de studie, blijkt depressie geassocieerd te zijn met een toename van het risico met 61% [HR=1.61, 95% CL:1.28,2.03] op voortschrijding van de HIV-klinische fases II en IV en een bijna drie maal grotere kans [HR=2.65, 95% CI:1.89 3.17] op overlijden. Geconcludeerd kan worden uit het onderzoek dat depressie algemeen is onder met HIV geïnfecteerde Tanzaniaanse vrouwen, wat het risico op voortschrijding van de ziekte doet toenemen. Geconcludeerd wordt dat er een behoefte is aan screening op depressie zowel bij de diagnose van de

HIV infectie evenals een screening als onderdeel van de klinische metingen en interventies tijdens het gehele proces van zorg.

In hoofdstuk 7 wordt een algemene discussie van het onderzoek in dit proefschrift beschreven. Eerst volgt een bespreking van de belangrijkste bevindingen in relatie tot de onderzoeksvragen, die leidt tot een aantal algemene conclusies. Ten eerste, dat de ervaring van een voortdurend verdriet gedurende de zwangerschap door onderzoek kan worden vastgesteld waarbij lokaal unieke uitdrukkingen van stress kunnen worden geïdentificeerd en waarbij is gebleken dat gesomatiseerde uitdrukkingen van stress (in de Tanzaniaanse context) overwegen. Ondanks deze observaties blijken gewone fysieke gezondheidsproblemen zoals malaria en bloedarmoede niet geassocieerd te zijn met depressieve problemen. In de uitdrukkingen die vrouwen gebruiken om hun ervaring van stress duidelijk te maken, valt een biomedisch depressief syndroom te onderkennen. Op de tweede plaats laten de resultaten een hoge prevalentie zien van depressieve problemen tijdens de late zwangerschap bij vrouwen die post-nataal een gezondheidsinstelling van de 1e lijnszorg bezoeken. Van de HIV-positieve vrouwen die in verwachting zijn en een 1e lijns gezondheidszorginstelling bezoeken, blijkt meer dan de helft van de vrouwen ten minste één depressieve periode te ervaren in een tijd van 6 jaar na de bevalling. Eerdere periodes van depressiviteit blijken de sterkste voorspeller te zijn voor depressieve problemen tijdens de zwangerschap met als andere onafhankelijke factoren een lage tevredenheid met het kunnen voorzien in primaire levensbehoeften, conflicten met de huidige primair partner en vroegtijdige inschrijving voor post-natale zorg. Ten slotte laten de studies zien dat het ervaring van een depressieve periode bij HIV geïnfecteerde vrouwen samenhangt met snellere progressie van de ziekte (HIV) en een hoger risico om vroegtijdig te overlijden. Verder worden in het hoofdstuk methodologische problemen van onderzoek besproken zoals de mogelijkheid van “recall bias” wanneer onderzoek wordt gedaan om over een periode van vijf jaar na de bevalling ervaringen van stress tijdens de zwangerschap bij sleutelinformanten te meten. De participanten blijken het moeilijk te vinden om verbaal uitdrukking te geven aan de intensiteit van ervaren emotionele problemen door middel van Likert-schalen of meer in het algemeen in zelfevaluaties van de ernst van symptomen in het bijzonder bij bepaalde items van het standaard screeningsinstrument voor depressiviteit. Vanwege de aard en omvang van de studies kan alleen gespeculeerd worden over de mogelijke oorzaken hiervan zoals die gelegen kunnen zijn in de toepassing van Likert-schalen bij een populatie met geen of nauwelijks ervaring met wetenschappelijk onderzoek en de mate waarin items beantwoorden aan cultuurspecifieke vormen voor expressie van de ernst van symptomen. De resultaten met betrekking tot de lokale aanpassing van screeningsinstrumenten voor het meten van depressie kunnen hooguit gezien worden als een preliminaire stap in een proces waarbij gebieden voor nader onderzoek worden aangeduid. De

werving van in verwachting zijnde vrouwen in zorginstellingen in de 1e lijn heeft eveneens zijn beperkingen omdat in deze settings het laat inschrijven voor zwangerschapscontrole eerder de norm is dan de regel, waardoor de tijd voor het meten van depressie wordt beperkt tot de midden en late periode van de zwangerschap. Eveneens worden de moeilijkheden bij het bepalen van causale relaties in cross-sectioneel onderzoek besproken. Ten slotte wordt het niet toepassen van random toewijzing van participanten aan psychosociaal onderzoek in een klinische setting, besproken. omdat dit beperkend is voor de bepaling van buffereffecten op de relaties tussen depressieve problemen en de progressie van de HIV infectie en overlevingsuitkomsten in HIV-positieve vrouwen die in verwachting zijn en die over de tijd worden gevolgd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies over de implementatie van bevinden voor de zorg en aanbeveling voor operationeel onderzoek en interventies (bijvoorbeeld over de bereidheid van werkers in de 1^e linszorg om psychosociale zorg te bieden in zwangerschapsklinieken en over gerandomiseerde trials voor het meten van effecten van de erkenning van psychosociale interventies voor de behandeling van depressiviteit in klinische settings waar HIV-positieve vrouwen die in verwachting zijn worden behandeld) en methodologische en andere studies (bijvoorbeeld validering van de DSQ voor gebruik in populaties van zwangere vrouwen; het bepalen van associaties tussen depressiviteit en progressie van HIV-infectie en mortaliteit).